

вскармливание (с рождения, с месячного возраста, с 3 месяцев) отмечалась у 72,7% наблюдаемых. Следует указать, что 72% наблюдаемых относились к группе часто болеющих и/или имели очаги хронической инфекции в носоглотке. Черепно-мозговую травму перенесли 18,1% детей. Заболевания органов желудочно-кишечного тракта были представлены дискинезиями желчевыводящих путей – 18,1%, хроническим гастродуоденитом – 27,2%.

Стиль питания оценивался с использованием оригинального опросника. При анализе полученных результатов опроса было установлено, что в большей части исследуемых в семье не соблюдали режим питания. Регулярным питание было (с соблюдением четко выделенных приёмов пищи) у 60%, при этом завтрак присутствовал у 40% обследованных, обед у 58%, ужин и поздний ужин после 21 часа у 100%. Порядка половины детей и членов их семей преимущественно употребляли сладости и хлебобулочные изделия между основными приёмами пищи. 90% имели опыт посещения различных заведений фаст-фуда более трех раз в неделю. 100% обследованных злоупотребляли сладким напитком. Стиль питания родителей в отношении основных приёмов пищи и перекусов идентичен стилю питания их детей. При проведении собеседования, установлено, что родители не имеют четкого представления о здоровом типе питания, а так же склонны к превышению объемов порций употребляемых ими и их детьми.

Выводы:

1. Таким образом, высокая частота осложнений перинатального периода в виде угрозы прерывания беременности, острой асфиксии, рождение путем кесарева сечения; отягощенная наследственность по гипертонической болезни, сахарному диабету 2-го типа, ожирению; раннее искусственное вскармливание позволила расценить их как факторы риска формирования ожирения в пубертатном периоде.
2. У подростков и их родителей стиль питания является сходным без соблюдения принципов здорового питания.
3. Необходимо проведение масштабных тренинговых программ о здоровом типе питания в семьях имеющих представителей с избытком массы тела или ожирением.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСИ**

*А. Н. Черевко, С. В. Куницкая, И. Н. Гирко*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Актуальность. Дети и подростки особенно чувствительны к воздействию социальных, психологических, биологических и средовых факторов. В Европейском плане действий по охране психического здоровья говорится, что этому контингенту, учитывая его повышенную уязвимость,

следует уделять первоочередное внимание в рамках мероприятий по укреплению психического здоровья, а также по предупреждению и лечению психических проблем [1]. Нарушения психического здоровья у взрослых в значительной степени бывают обусловлены нарушениями психического здоровья в детском возрасте. Потому охрана психического здоровья детей и подростков должна рассматриваться в качестве стратегической инвестиции, обеспечивающей получение в долгосрочной перспективе многопланового положительного эффекта отдельными лицами, обществом в целом и системой здравоохранения [1,2].

Цель работы - оценка относительного эпидемиологического территориального риска и динамики заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также инвалидности, по причине заболеваний этого класса, у детей и подростков Республики Беларусь с 2006 по 2014 годы.

Материалы и методы. Материалом для исследования явились данные официальной статистической отчетности Республики Беларусь за период с 2006 по 2014 год. [3, 4, 5].

Проводили расчет и оценку относительных территориальных рисков общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения для детей и подростков (от 0 до 18 лет) Республики Беларусь в целом, каждой из ее областей и г. Минска, а также первичного выхода на инвалидность этого контингента населения, в связи с названным классом заболеваний. Значение относительного территориального риска для каждого региона определяли по формуле:

$$\text{Риск} = 1 - \exp\left(-\left(\frac{1}{2}\left(\frac{\text{Факт}}{\text{Фон}}\right)^2\right)\right), \text{ где}$$

Риск – относительный эпидемиологический территориальный риск;

$\exp$  – стандартная функция экспонента;

Факт – фактическое территориальное значение показателя заболеваемости в регионе;

Фон – фоновое значение показателя заболеваемости, вычисляемое как средняя величина четырех его наименьших значений в данном регионе за исследуемый период.

Динамику этих показателей оценивали путем расчета среднего многолетнего темпа их прироста. Средняя многолетняя тенденция оценивалась следующим образом:

< ±1% – тенденции к росту или снижению нет (показатель стабилен)

±1-5% – умеренная тенденция к росту или снижению

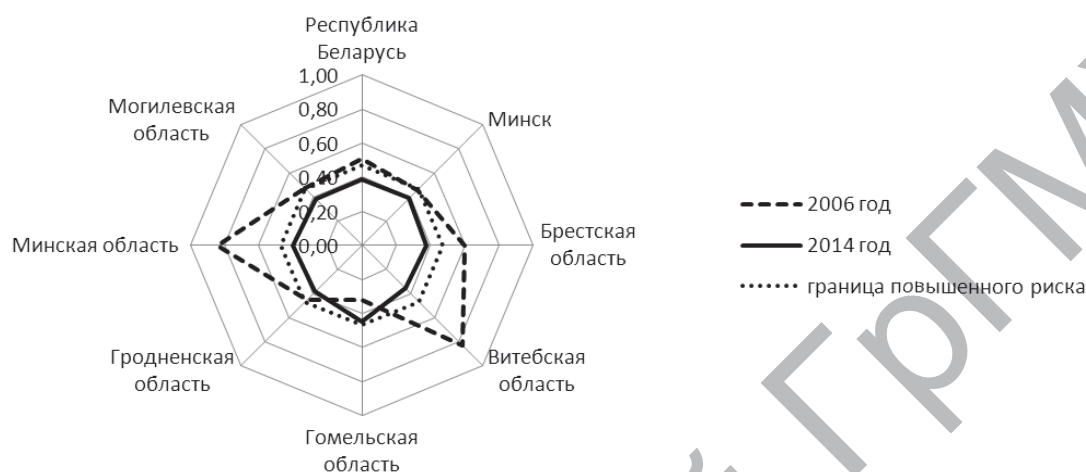
>5% – выраженная тенденция к росту или снижению

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программного обеспечения Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. На основании статистических данных 2006 – 2014 годов были рассчитаны относительные эпидемиологические

риски заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения для детей и подростков Республики Беларусь, а также определены уровни допустимого, умеренного и повышенного рисков (0,32 - 0,39 – допустимый, 0,4 - 0,46 – средний и 0,47 - 0,84 – повышенный).

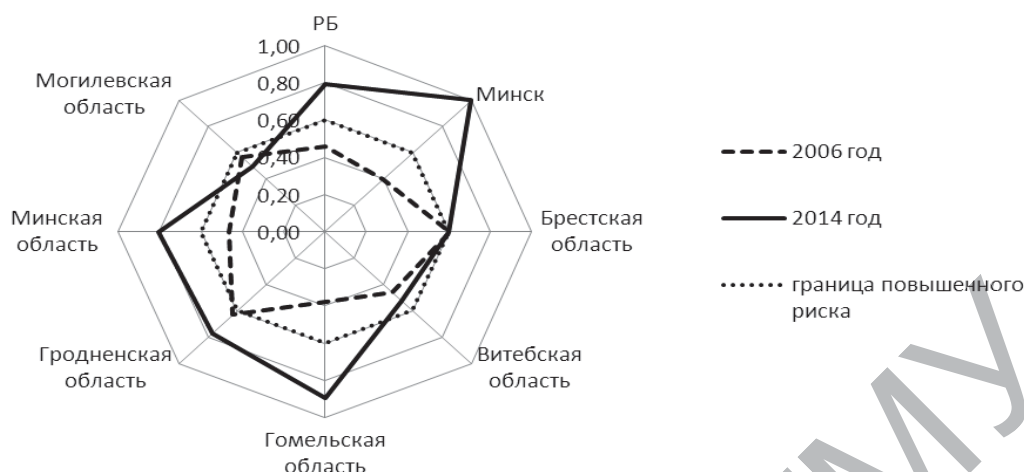
На рисунке 1 представлены эти риски, рассчитанные на начало и на конец анализируемого периода.



*Рисунок 1- Относительные эпидемиологические риски заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков в Республике Беларусь и ее регионах в 2006 и 2014 годах*

На рисунке видно, что в 2006 году Республика Беларусь и большинство ее регионов находились в зоне повышенного риска по заболеваемости детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения. К 2014 году все регионы перемещаются в зону допустимого риска, и только Гомельская область, показывала противоположную динамику – перемещается из зоны допустимого в зону повышенного риска.

Аналогичные данные по относительному эпидемиологическому риску инвалидности в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения представлены на рисунке 2.



*Рисунок 2 - Относительные эпидемиологические риски инвалидности в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков в Республике Беларусь и ее регионах в 2006 и 2014 годах*

Границы риска по инвалидности в связи с данным классом заболеваний у детей и подростков оказались следующими: от 0,26 до 0,41 – допустимый риск, от 0,42 до 0,59 – умеренный, от 0,6 и до 1,0 – повышенный.

Рисунок демонстрирует, что если в 2006 году большинство регионов страны находились в зоне умеренного риска, а г. Минск и Гомельская область - даже в зоне допустимого, то в 2014 году только Витебская и Могилевская области остались в зоне умеренного риска, а все остальные переместились в зону повышенного.

Средняя многолетняя динамика общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков РБ с 2006 г. по 2014 г. характеризуется умеренной тенденцией к снижению. В Витебской и Минской областях эта тенденция выраженная, в остальных областях и г. Минске умеренная. Динамика первичного выхода на инвалидность имеет противоположную направленность и в целом по Республике Беларусь, по г. Минску, Гомельской и Минской областям характеризуется выраженной тенденцией к росту (6,1%, 16,7%, 10,3%, 6,2% соответственно). В Витебской и Гродненской областях тенденция к росту показателя умеренная, в Брестской области показатель стабилен, а в Могилевской области выявлена умеренная тенденция к его снижению.

#### Выводы

1. Республика Беларусь и большинство ее регионов находится в зоне допустимого относительного эпидемиологического риска по заболеваемости детей и подростков психическими расстройствами и расстройствами поведения.
2. Относительный эпидемиологический риск инвалидности в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков в Республике Беларусь и большинстве ее регионов за период с 2006 по 2014 год возрос с умеренного до повышенного.

3. Средняя многолетняя динамика общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков РБ с 2006 по 2014 год характеризуется умеренной тенденцией к снижению.
4. Средняя многолетняя динамика первичного выхода на инвалидность детей и подростков в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения в РБ с 2006 по 2014 год характеризуется выраженной тенденцией к росту.
5. Рост первичного выхода на инвалидность в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей и подростков на фоне снижения общей заболеваемости болезнями этого класса требует всестороннего анализа и выяснения причин этого явления.

#### Литература:

1. Европейская декларация по охране психического здоровья// Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья. Хельсинки, Финляндия, 12 – 15 января 2005 г.
2. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения: Пер. с англ. – Хельсинки, 2005.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник за 2005-2012 г.. - Мн.: ГУ РНМБ - Минск
4. Здоровье населения Республики Беларусь: Статистический сборник/ В.И. Зиновский и др. – Минск 2014. – 219 с.
5. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2014 г. — Минск: ГУ РНМБ, 2015. — 282 с.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ В КОЛЛЕКТИВЕ, ЕГО СПЛОЧЕННОСТЬ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПЕДАГОГА, ЕГО УСПЕШНОСТЬ**

**М. А. Чечётка**

*УО «Гродненский государственный медицинский колледж»*

Здоровье конкретного человека зависит от многих факторов. Одним таким фактором является возможность реализовать себя, проявить свою индивидуальность. Особенно это характерно для работников педагогической сферы.

Сегодня как никогда стала очевидной решающая роль личностного фактора в учреждениях образования. Человеческий фактор в учреждениях образования включает в себя психологические и социально-психологические особенности педагогов. Это интересы, желания и стремления людей, их ожидания друг от друга, черты характера и способности, накопленный запас знаний, умений, навыков, привычек. Это психические свойства и состояние педагогического коллектива, его настроение, творческий и нравственный микроклимат, сплоченность, трудовая и управленческая активность, психологическая совместимость, авторитетность и др. Практически от того, насколько дружелюбна сложившаяся атмосфера, каков психологический климат в коллективе, зависит время успешной жизни коллектива, его